

# サンライトこども園のご利用に当たって

年 月 日

契約者名： \_\_\_\_\_ 印

当保育施設は、以下の内容で保育をおこないます。

◎サンライトこども園のご利用にあたって、契約内容をご理解いただき、契約者名・印をお願い致します。

## ◆保育内容・料金

利用児童名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 / \_\_\_\_\_ 歳)

◎ご利用形態①と②のどちらかに○付けをお願いします。

利用形態① 年度契約 / 料金：(合計月額 \_\_\_\_\_ 円(保育料 \_\_\_\_\_ 円 給食・おやつ費 \_\_\_\_\_ 円)

利用期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 3月 31日

利用形態② 毎月更新契約 / 料金：(合計月額 \_\_\_\_\_ 円(保育料 \_\_\_\_\_ 円 給食・おやつ費 \_\_\_\_\_ 円)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

当園では、園児一人あたりの面積(1.65㎡)を確保し、園児に対する職員数の基準を満たしております。

### ○年度契約のについての内容

途中退園の場合：(例)10月15日に退園する場合⇒11月～3月までの保育料を退園日までに全額支払いとなります。

※お支払い期限：退園日当日まで(退園承諾書の提出をお願いします。)

※お支払い方法：現金一括払い

### ○毎月更新契約についての内容

・途中入園の場合：合計月額を満額お支払いとなります。日割り計算はございません。

(※ただし、15日～末日の間での入園の場合は、要相談とします。)

・途中退園の場合：日割り計算での返金はございません。

※在籍中、短期・長期のお休みの場合、在園料ではなく、保育料を全額支払いとなります。

## ◆利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

当施設では、以下のとおり保険に加入しています。

保険の種類 ①賠償責任保険 ②傷害保険

保険事故内容 ①施設危険、生産物危険 ②入院・通院保険、死亡・後遺障害

保険金額 ①年間/ 15,910 円 ②年間/ 88,200 円

## ◆提携する医療機関の名称・所在地・提携内容

◎医療機関 ①元上原内科医院（太陽の里勤務） ②ミルク歯科医院

◎所在地 ①〒907-0001 石垣市大浜 1349 番地 81（医療法人 緑の会 介護老人保健施設いしがき太陽の里）  
②〒907-0242 石垣市白保 268-29

◎提携内容 ①年 2 回の園児健康診断 ②年 1 回の歯科検診 / 検診以外の歯科診療

## ◆その他条件など

\*当施設の保育内容などに関する問い合わせ、苦情などの受付先は下記のとおりです。

担当者氏名 (園長) 西里 友美 ・ (アドバイザー) 前栗藏 始

担当者連絡先 0980-82-1850/090-6860-1555

受付時間 10:00~19:00

\*施設の概要

施設名称・所在地 サンライトこども園（本園）・沖縄県石垣市字石垣 736 番地 37

サンライトこども園（分園）・沖縄県石垣市字石垣 736 番地 1

設置者・施設長・住所 西里 友美・沖縄県石垣市字登野城 1002 番地

※当施設は、児童福祉法第 35 条の認可を受けていない保育施設（認可外保育施設）として同法 59 条の 2 に基づき都道府県への設置届出を義務付けられた施設です。

設置届出先 沖縄県（子ども生活福祉部子育て支援課）☎098-866-2457

※サンライトこども園のしおりの内容について、同意します。

サンライトこども園

園長：西里 友美 印